

## O comportamento suicida na realidade brasileira: aspectos epidemiológicos e da política de prevenção

*The suicide behaviour in the Brazilian reality: epidemiological prevention policy aspects*

### RESUMO

Este artigo objetiva analisar dados epidemiológicos sobre o comportamento suicida e a política de prevenção ao suicídio. O comportamento suicida é um grave problema mundial de saúde pública, pois ocorre uma morte a cada 40 segundos no mundo. Para cada morte há de 10 a 20 vezes mais tentativas. O Brasil não tem sistema de vigilância ao comportamento suicida nem equipamentos adequados para esse atendimento. A análise de dados pelos boletins da OMS e do Ministério da Saúde sobre o comportamento suicida no mundo e no país indica que o suicídio tem aumentado no Brasil anualmente, desde 1996, de forma vertiginosa. Os estados do sul, sudeste e centro-oeste apresentam as maiores taxas. O país ocupa o oitavo lugar mundial em número absoluto de mortes; não temos profissionais preparados para prestar atendimento qualificado aos sobreviventes. A subnotificação é problema grave que perpassa a temática, e o suicídio ainda é tabu na sociedade brasileira. São necessárias políticas públicas para prevenção ao comportamento suicida.

**Palavras-Chave:** Suicídio – Tentativa de suicídio – Saúde mental – Medidas em epidemiologia – Epidemiologia analítica

### ABSTRACT

The objectives of this article are to analyze epidemiological data on suicidal behavior and suicide prevention policy. The suicidal behaviour is a serious worldwide public health problem, one death occurs each 40 seconds, and for each death, there are 10 to 20 times attempts. Brazil doesn't have a surveillance system to the suicidal behaviour, nor adequate equipments for this service. Data analysis by the WHO bulletins and the Ministry of Health about the suicidal behaviour in the country and in the world: Suicide has increasing annually in Brazil, since 1996, in a vertiginous way; the southern, southeastern and midwestern states have the highest rates; occupy the eighth place in the world in absolut numbers of deaths; we don't have professionals prepared to provide qualified care to the survivors; underreporting is a serious problem that runs through this subject, because suicide is still a taboo in the Brazilian society. Its necessary public policies to prevent the suicidal behaviour.

**Keywords:** Suicide – Suicide, Attempted – Mental health – Epidemiologic measurements – Analytical epidemiology

\* Doutor em Enfermagem e Pós-doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5449589014899461>.

\*\* Mestre em Ciências pela Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4282618866666683>.





comportamento suicida contém a ideação suicida, o planejamento para o suicídio, a tentativa e o suicídio em si (World Health Organization, 2014, p. 12).

O suicídio é “um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal” (Organização Mundial da Saúde, 2001).

É um fenômeno multifatorial, de modo que o sofrimento é o eixo central estruturante comum a todos esses fatores, e impele o indivíduo à decisão de abrir mão de sua própria vida, como desfecho de uma progressão da ideia autodestrutiva, suscitada por mudanças em suas atividades cotidianas (Marquetti, Vilarubia e Milek, 2014).

Podem ser classificados como fatores de risco, que não devem ser generalizados devido à possibilidade de produzir desfecho diferente do esperado, mas é viável a análise a ponto de compreender as alterações cotidianas que sucederão em maiores riscos para o comportamento suicida, a saber, a facilidade de acesso aos métodos possíveis de suicídio, a ocorrência de situações traumáticas, como violência, abuso infantil e discriminação e a deficiência ou ausência de comportamento resiliente (Brasil, 2017a, p. 1).

Ainda, é importante ressaltar que o principal fator de risco para a ocorrência do comportamento suicida é a pré-existência de transtornos mentais (World Health Organization, 2014).

Em relação ao método eleito para cometer o suicídio, é observada variabilidade importante relacionada ao comportamento cultural, ao acesso e intencionalidade do ato, todos vinculados à impulsividade (Pires et al., 2015).

Sobre a experiência de situações traumáticas, é observado que existe a precipitação a tendências suicidas. Estudo identificou o aumento do risco de pensamentos, planos e tentativas de suicídio (o comportamento suicida) em indivíduos que vivenciaram situações traumáticas (Stein et al., 2012, p. 132).

Frente às situações de adversidade que culminam em grande impacto psicológico e estresse agudo, a resiliência se refere à capacidade de superação dessas circunstâncias, de modo que o indivíduo produz e desenvolve habilidades positivas que resultam nesta superação e em crescimento pessoal. Desta forma, o aperfeiçoamento de um comportamento resiliente tem o poder de auxílio no enfrentamento de situações com potencial fator de risco para o suicídio (Ugalde, 2018; Abreu, Álvarez & Lozano, 2018).

Os fatores de risco associados ao comportamento suicida devem ser considerados em toda a extensão, desde a ideação até o suicídio. Contudo, vale ressaltar que a tentativa de suicídio, como lesão não fatal, tem potencial de representação como causa de morbidade, variável conforme o desfecho da ação de tentativa (O'Neill et al., 2014).

## Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com análise documental, originária das reflexões em torno do comportamento suicida no Brasil e da política pública de prevenção ao evento.



Adota-se uma abordagem metodológica teórico conceitual, fundamentada em dados obtidos por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, documentos e portarias do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial da Saúde, e com uma discussão a partir de artigos científicos sobre a temática, disponíveis nas bases de dados Lilacs, Scielo e Medline

Este artigo é estruturado em três seções. A primeira conta com dados epidemiológicos acerca do suicídio. Em seguida há uma reflexão sobre a subnotificação como realidade associada ao tabu do comportamento suicida. Por final, é apresentada a necessidade de uma política pública de prevenção e intervenção em torno do suicídio.

## Dados epidemiológicos do suicídio

Segundo a Organização Mundial da Saúde, no ano de 2012 ocorreram mais de 804.000 mortes por suicídio, o que traduz uma taxa de suicídio de 11,4 por 100.00 habitantes. Para cada morte por suicídio estima-se a ocorrência de mais de 20 tentativas. É uma morte por suicídio a cada 40 segundos, uma tragédia que afeta a vida de famílias, amigos e comunidades (World Health Organization, 2014, p. 7, 9).

É uma situação de característica evitável, mas ocupa a segunda posição entre as principais causas de mortes entre jovens na faixa etária entre 15 e 29 anos (World Health Organization, 2014, p. 3).

O suicídio é considerado um problema de saúde pública que ocorre em todos os países do mundo. Contudo, é notado que os números diferem nos países: países de baixa e média renda concentram maiores ocorrências de suicídio, quando comparados aos de alta renda (World Health Organization, 2014, p. 11).

Em relatório da Organização Mundial da Saúde, o Brasil apresentou taxa de suicídio de 5,3 por 100.000 habitantes no ano 2000 e 5,8 por 100.000 habitantes no ano 2012, o que o classifica como país com baixa taxa de suicídio (World Health Organization, 2014, p. 81). Todavia, há de se considerar que o Brasil, país de dimensões continentais, no mesmo relatório é apontado, e registrou 11.821 mortes por suicídio no ano de 2012, o que o posiciona na oitava posição, quanto ao número absoluto de ocorrências de suicídio.

Considerando os dados de mortalidade por suicídio, obtidos no banco de dados brasileiro, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS),<sup>1</sup> em uma série histórica, compreendendo os anos de 1996 a 2016, fizemos uma análise dos dados. Concluímos que houve um aumento de 29,4% na taxa de mortalidade por suicídio no Brasil, de 4,29 para 5,55 por 100.000 habitantes (Brasil, 2018).

Dados oficiais do Ministério da Saúde apontam o registro de 55.649 óbitos por suicídio no Brasil entre 2011 e 2015, indicando uma taxa geral de mortalidade por suicídio de

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso: 18/08/2018.



5,5/100.000 habitantes, e variação da taxa de mortalidade por suicídio de 5,3/100.000 em 2011 para 5,7/100.000 habitantes em 2015 (Brasil, 2017a, p. 7).

Desta forma, a taxa de mortalidade por suicídio no Brasil de 5,7/100.000 habitantes no ano de 2015, de modo que o país é classificado como nível médio (Brasil, 2017a, p. 12).

Em relação ao sexo, a taxa de mortalidade por suicídio em homens foi em torno de quatro vezes maior, quando comparada à taxa de mortalidade por suicídio em mulheres. Houve aumento nos dois sexos no período de 2011 a 2015, sendo que para homens o aumento foi de 8,4 para 9,1/100.000 habitantes, enquanto para mulheres o aumento foi de 2,3 para 2,5/100.000 habitantes (Brasil, 2017a, p. 7).

Ainda considerando o Brasil e suas dimensões continentais, é possível observar diferenças relevantes no que concerne às taxas de suicídio entre as regiões brasileiras. Na análise entre os anos de 1996 a 2016, a Região Sul apresenta maior taxa de mortalidade por suicídio em todos os anos, seguida pela Região Centro-Oeste. Quando comparadas as taxas de mortalidade por suicídio dessas regiões com a taxa do Brasil, é possível observar que, em todo o período, as taxas de mortalidade por suicídio nestas regiões se mantêm acima das taxas de mortalidade por suicídio no Brasil (Brasil, 2018).

Em relação aos estados brasileiros, com exceção dos anos 2007, 2015 e 2016, o Rio Grande do Sul apresenta maior taxa de mortalidade por suicídio, com evolução de 9,86 em 1996 para 10,35 em 2016, e variação no período de 9,69 a 11,02, o que configura a manutenção da alta taxa de mortalidade por suicídio neste estado.

Sobre a variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação ao período de 1996 a 2016, o Brasil apresentou aumento de 29,4%. Todas as cinco regiões brasileiras apresentaram aumento, sendo, por ordem decrescente, Região Nordeste (+104,9%), Região Norte (54,9%), Região Sudeste (16,9%), Região Centro-Oeste (15,6%) e Região Sul (7,2%) (Brasil, 2018).

Das 27 Unidades Federativas, somente cinco apresentaram redução da taxa de mortalidade por suicídio, a saber Amapá (-24,1%), Distrito Federal (-21,2%), Mato Grosso (-3,7%), São Paulo (-3,2%) e Paraná (-0,2%) (Brasil, 2018).

As demais 22 Unidades Federativas apresentaram aumento na variação da taxa de mortalidade por suicídio em relação aos anos de 1996 a 2016, e dentre elas, as cinco Unidades Federativas com maior variação foram Piauí (+456,5%), Maranhão (+332,9%), Paraíba (+283,6%), Acre (+231,6%) e Tocantins (+200,4%) (Brasil, 2018).

Na variação da taxa de suicídio entre homens e mulheres, revelada pelo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2015, cinco estados (Ceará, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba e Rio Grande do Norte) apresentaram diminuição na taxa de mortalidade por suicídio em homens, o estado de Minas Gerais não apresentou variação, e os 21 demais estados registraram aumento. Dez estados apresentaram variação negativa da taxa de suicídio em mulheres (Acre, Alagoas, Bahia, Mato Grosso, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rondônia, Sergipe e Tocantins). Os 17 demais estados registraram variação positiva durante o mesmo período (Brasil, 2017a, p. 11).

Vale destacar que, considerando a taxa mundial de mortalidade por suicídio, o Brasil registrou taxa duas vezes menor. Todavia, a análise quanto ao sexo relacionado ao suicídio foi

equivalente à situação mundial (Brasil, 2017a, p. 11, 12).

Há uma carência de estudos disponíveis nas bases de dados que se dediquem a investigar os motivos para as altas e crescentes taxas de mortalidade por suicídio no estado do Piauí, assim como nos demais estados brasileiros. A caracterização dos óbitos corresponde à caracterização nacional, com prevalência de homens com 60 anos ou mais, cor parda, com quatro a sete anos de estudo, solteiros, tendo o enforcamento como método e o domicílio como local de ocorrência (Ribeiro et al., 2018; Parente et al., 2007).

Dessa forma, nota-se a importância e importância de estudos que contenham uma abordagem referente aos fatores de risco modificáveis e não modificáveis.

Em números absolutos de ocorrências, o Brasil registrou 183.484 mortes por suicídio no período entre 1996-2016, com aumento de 69,6% de casos de suicídio no Brasil neste período.

Em todas as regiões brasileiras houve aumento no número absoluto de suicídios entre 1996-2016: Região Nordeste (+160,5%), Região Norte (+142,9%), Região Centro-Oeste (+72,3%), Região Sudeste (+50,7%) e Região Sul (+34,2%) e em todas as Unidades Federativas, sendo que, dentre elas, Piauí (+568,8%), Maranhão (+476,5%), Acre (+460,0%), Paraíba (+364,1%) e Tocantins (+339,1%) foram as que apresentaram maior variação (Brasil, 2018).

Vale ressaltar que o estado do Rio Grande do Sul, com uma média de taxa de suicídio de 10,2% no período entre 1996-2016, e mediana de 10,12, configura o estado de maior taxa de suicídio no Brasil, que apresentou aumento de 5,0% da taxa de suicídio em relação aos anos de 1996 e 2016.

A prevalência de suicídios no Rio Grande do Sul, com tendência ascendente, é amplamente discutida na literatura. Agricultores e municípios de pequeno e médio porte apresentam maiores ocorrências, sendo que a relação da fumicultura, agrotóxicos, depressão e suicídio são evidentes (Meneghel e Moura, 2018).

Acrescente-se, ainda, a dependência agropecuária em alguns municípios, que pode refletir em maiores taxas de mortalidade por suicídio em decorrência da precariedade das condições de sobrevivência da população envolvida nesta atividade, onde há possibilidade de influência do endividamento, concentração de terra, êxodo rural e maior isolamento social (Fraga, Massuquetti e Godoy, 2016).

Em relação à tentativa de suicídio (lesão autoprovocada), o banco de dados brasileiro do Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), registrou, no período de 2009 a 2016, 186.891 notificações, sendo que 3.941 em 2009, 6.739 em 2010, 14.940 em 2011, 21.164 em 2012, 25.468 em 2013, 29.707 em 2014, 39.464 em 2015, e 45.468 em 2016 (Brasil, 2017a, p. 2,3).

Apesar da observação do aumento do número de casos notificados na análise temporal brasileira, a falta de um programa de vigilância ao comportamento suicida, compreendendo a tentativa de suicídio e o suicídio, fruto da subnotificação do comportamento suicida no sistema de saúde, gera insegurança e desconfiança a respeito dos dados. Esses dados serão discutidos a seguir.



## A subnotificação como realidade atrelada ao tabu do comportamento suicida

A baixa qualidade dos dados de mortalidade ocorre em todas as causas de morte, mas em relação à temática do suicídio, considera-se que a subnotificação e os erros de classificação ocorram com maior frequência nos dados vinculados à mortalidade por suicídio, em comparação com outras causas de morte (World Health Organization, 2014, p. 19).

No atendimento de casos de suicídio, estes podem “se esconder” sob outras determinações de causas de morte, presentes na Classificação Internacional de Doenças e Condições Relacionadas à Saúde (CID-10), como, por exemplo, mortes de intenção indeterminada, acidentes, homicídios, causas desconhecidas, afogamentos, e envenenamentos acidentais (World Health Organization, 2014, p. 19).

Uma vez que o suicídio é um problema difícil e, até, ilegal em alguns países, é provável que seja sub-relatado, como no Brasil, onde a possibilidade de perda de seguros e de direitos gera um número significativo de subnotificações (Fraga, Massuquetti e Godoy, 2016), também verificamos a presença da questão moral e de vergonha, conjugada ao fato de ser tema tabu no cenário brasileiro.

Da mesma forma que há subnotificação e sub-registro dos casos de suicídios, nota-se também uma ausência de fluxos para notificação dos atendimentos nas ocorrências de tentativas de suicídio, em muitos serviços que prestam atendimento de urgência e emergência, o que resulta na não inclusão das ações de prevenção ao suicídio na agenda das políticas públicas (Conte et al., 2015).

Notificação aqui é definida como “a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública” (Brasil, 2014, p. 67).

Com as informações geradas, o sistema de vigilância em saúde analisa o perfil de morbimortalidade da população, com subsídios no planejamento e tomada de decisões para formulação e avaliação de políticas, planos e programas de saúde.

O conhecimento transmitido às autoridades traduziria ações de controle à ocorrência de doenças ou agravos à saúde, quando a população estivesse em risco. Todavia, em contraponto, as questões relacionadas à subnotificação, o que significa notificação abaixo da realidade, da doença ou agravo de notificação compulsória são reais no Brasil, uma irregularidade que debilita o sistema de saúde brasileiro no que se refere às ações de vigilância em saúde.

Portanto, a subnotificação esculpe uma realidade invisível, que pode ser definida como importante problema, pois os dados epidemiológicos não serão gerados, fato essencial para ações e políticas públicas direcionais no enfrentamento da questão em si (Garbin et al., 2015).

Em estudo realizado no estado de Goiás, os principais fatores elencados que contribuem para a ocorrência da subnotificação ou sua falta incluem a conduta do médico que se ausenta desta responsabilidade, deixando os encargos para a enfermagem, porém, por vezes, além de não notificar, ainda não informa os casos para notificação; sistema de notificação manual, fichas de notificação extensas, elevado tempo para notificar; notificação realizada apenas



em determinadas doenças e conforme a gravidade do caso, notificações realizadas longe do paciente, de forma tardia, entre outros (Melo et al., 2018).

A principal justificativa referida por profissionais da saúde para a não informação às autoridades de saúde sobre os casos ocorridos, por meio das notificações, é a falta de tempo, produto da sobrecarga de trabalho nas organizações de saúde. Todavia, é de conhecimento que a realização da notificação é uma responsabilidade legal de todos os profissionais de saúde. Contudo, a ausência de penalidades devido à não realização da notificação parece contribuir para a não priorização das ações de notificação (Melo et al., 2018).

A subnotificação pode ser efeito de cinco fatores, conforme Waldman e Mello Jorge (1999, p. 75):

*a) a falta de conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da importância e dos procedimentos necessários para a notificação; b) o desconhecimento da lista de doenças submetidas à vigilância; c) a ausência de adesão à notificação, pelo tempo consumido no preenchimento da ficha e pela ausência do retorno da informação analisada com as recomendações técnicas pertinentes; d) a preocupação dos profissionais de saúde com a quebra da confidencialidade das informações; e) falta de percepção dos profissionais, da relevância em saúde pública, das doenças submetidas à vigilância.*

Cabe destacar que, no que se refere ao envolvimento das unidades particulares de atendimento à saúde, e a notificação em relação aos atendimentos realizados é observada pouca articulação e participação junto às ações de vigilância em saúde (Santos et al., 2014).

No ano de 2011, a tentativa de suicídio ou violência autoprovocada passou a integrar a lista de notificação compulsória por meio da Portaria Nº 104, do Ministério da Saúde, e ainda reafirmou a obrigatoriedade da realização da notificação compulsória por todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, entre outros, no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino (Brasil, 2011).

Desta forma ocorre a universalização da realização da notificação compulsória dos casos de violência autoprovocada, com reafirmação da responsabilização de todos os profissionais e em todos os estabelecimentos de saúde, no intuito de produzir dados na descrição do perfil dos atendimentos por violências, caracterizando o perfil das vítimas e da agressão, que embasem programas de proteção e promoção à saúde da população nas questões relacionadas ao comportamento suicida.

Em 2014, pela Portaria Nº 1.271, o Ministério da Saúde incluiu a tentativa de suicídio (violência autoprovocada) na lista de notificação imediata em até 24 horas pelo município (Brasil, 2014).

Assim, enfatizamos que a notificação imediata da tentativa de suicídio tem por objetivo “desencadear o acompanhamento do caso, garantindo o acolhimento e a prestação de cuidados necessários, além da adoção de medidas terapêuticas adequadas” (Brasil, 2017a, p. 11).

Nessa perspectiva de realização da notificação imediata dos casos de violência autoprovocada, conforme o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil (2017a, p. 11):

*A atenção aos casos de tentativa de suicídio pressupõe a mobilização e a organização dos serviços de saúde, a partir da construção de linhas de cuidado, da sensibilização dos profissionais e da desestigmatização do problema, da definição de fluxos e responsabilidades, articulados numa rede de cuidados e de proteção envolvendo tanto a saúde quanto recursos e estratégias intersetoriais.*

Contudo, há de se observar que essas ações ainda não são obedecidas. A intoxicação exógena, mais frequente método utilizado para tentativa de suicídio, constituída como agravo de notificação compulsória, foi realizada em apenas 1,9% dos casos, conforme estudo empreendido em Juiz de Fora/MG (Sampaio et al., 2017).

Estudo seccional descritivo realizado em Niterói/RJ, no qual foram analisados registros sobre casos de tentativas e suicídios de residentes do estado do Rio de Janeiro constantes nos bancos de dados do DATASUS por meio do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), e dos dados do Centro de Controle de Intoxicação de Niterói (CCIn-Niterói), constatou que apenas 3% dos casos registrados no CCIn foram identificados nos sistemas oficiais, SIM e SINAN (Santos et al., 2014).

Este mesmo estudo constatou ainda que óbitos classificados como suicídio no SINAN e CCIn estavam classificados no SIM como óbitos por causas indeterminadas, com intencionalidade indeterminada e outras causas, o que reflete a obscuridade de dados na subnotificação, com a falha do registro dos óbitos por suicídio (Santos et al., 2014).

Além da subnotificação, a divergência de informações, produto da falta de integração das instituições e órgãos de atendimento também é evidente e contribui para o agravamento do problema em questão.

Uma cidade de médio porte no Rio Grande do Sul, ao apresentar dados epidemiológicos sobre a violência na faixa etária da infância e adolescência no período de 2009 a 2013, destacou o alto índice de notificações das violências autoprovocadas na faixa etária entre 10 e 19 anos, e a divergência de informação em outros estudos com a mesma temática (Cezar et al., 2017).

Há de se considerar os indivíduos que tentam o suicídio ou, até, os que cometem o suicídio sem que tenham qualquer tipo de registro ou de acesso a um equipamento de saúde, ou de familiares, os sobreviventes, que por vergonha ou medo do estigma social perverso relacionado ao suicídio, escondem as ocorrências, e, por conseguinte, contribuem irão passivamente para a subnotificação do comportamento suicida.

Desse modo, é possível afirmar que a inexistência de um sistema nacional que efetivamente integre dados das vítimas da violência autoprovocada, aliada à falta de envolvimento no fornecimento dos dados pela não realização da notificação compulsória por todos os profissionais da saúde traduz a ineficiência e falta de vontade relacionada ao atendimento do comportamento suicida, que segue apresentando incidência em ascensão,



enquanto a sociedade permanece inerte diante desta questão.

## **Por uma política pública de prevenção ao suicídio e intervenção ao comportamento suicida**

Na ocorrência de uma tentativa de suicídio deve-se atentar para inúmeras consequências sociais e econômicas, como: o aumento do gasto em saúde para o atendimento de emergência no tratamento da lesão produzida, o impacto psicológico e social do comportamento no indivíduo, familiares e pessoas do círculo afetivo e, a depender da gravidade da lesão produzida, a incapacidade do indivíduo em manter-se de forma independente e ser economicamente ativo (World Health Organization, 2014, p. 25).

Ademais, o mais importante preditor de morte por suicídio na população geral é o histórico de tentativa anterior de suicídio, de forma que as pessoas que tenham tentado o suicídio anteriormente devem ser consideradas como alto risco para suicídio, e devem ser incluídas em planos de cuidados específicos para a prevenção do suicídio (World Health Organization, 2014, p. 25).

Todavia, inadequadamente, a ocorrência da falta de atenção qualificada é uma realidade observada. Uma pesquisa efetuada na cidade de São Paulo entre os anos de 2015 e 2016, no momento pós-alta, com pacientes que tiveram a tentativa de suicídio como motivo de internação, revelou a existência de histórico anterior de tentativa de suicídio, porém, os participantes afirmaram que não foram orientados nem encaminhados a procurar atendimento após a alta (Mattos, Ziliotto e Marcolan, 2018).

As populações vulneráveis, consideradas as que possuem alto risco para o suicídio, não devem ficar à mercê de seus próprios esforços, muito pelo contrário, devem ser priorizadas em intervenções preventivas. A estas, devem ser incluídas as famílias enlutadas e amigos de pessoas que morreram por suicídio, devido ao impacto que o suicídio gera em suas vidas (World Health Organization, 2014, p. 11).

Os sobreviventes do suicídio são, além do indivíduo que tentou se matar e não ocorreu a morte, todos os familiares, amigos e pessoas próximas, pessoas do círculo afetivo, que em consequência do medo, da vergonha, ou do desconhecimento não procuram atendimento de saúde, situação que gera sofrimento solitário e crônico.

Cabe uma importante reflexão a este respeito: se houvesse uma procura, encontrariam dificuldade, pois não há equipamento disponível suficiente de saúde mental para atendimento a toda a demanda de casos da própria área, o que implicaria em ausência de atendimento aos casos de comportamento suicida.

Acrescente-se que não há esforços e tampouco equipamentos de referência para a disseminação e capacitação de equipes em outras unidades de saúde, que pudessem prestar atendimento de qualidade.

Ao contrário, o que há tempos é observado na prática profissional diária e denunciado na literatura é o descaso e desdém no atendimento em unidades de saúde nas ocorrências de tentativa de suicídio, por parte de médicos e profissionais de enfermagem e, também por



profissionais de saúde mental.

Esses atendimentos são marcados por punições, falas preconceituosas, ameaças, julgamento moral e agressão verbal. A ignorância dos profissionais de saúde quanto ao tema é tamanha, que até podem ser observados comentários com ensinamentos sobre os procedimentos a serem executados para que o suicídio seja consumado.

Nessas situações fica clara a necessidade de uma política pública voltada à prevenção do suicídio e de intervenção relacionada ao comportamento suicida, que gerem mudanças sociais (Marcolan, 2018).

As mudanças sociais são geradas pela educação, vontade política e estratégia social, por meio da coordenação e colaboração entre múltiplos setores da sociedade, como saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, direito, defesa, política e mídia. Essa integração, de forma abrangente, conduzirá a melhores resultados sobre uma questão tão complexa quanto o suicídio (World Health Organization, 2014, p. 11).

A abordagem educacional a respeito deste fenômeno, de forma responsável, assume posição de fator de proteção ao suicídio, de modo que o enfrentamento do estigma e a conscientização e estimulação de ações preventivas são ações comunitárias de enfrentamento a esta realidade vivida (Brasil, 2017a, p. 1).

Nessa perspectiva, a condução de ações de prevenção ao suicídio e de intervenção frente ao comportamento suicida deve ter caráter intersetorial, com formação de redes que promovam, de fato, o cuidado (Garbin et al., 2015).

Aliado a este direcionamento no que tange à promoção da saúde, vigilância e prevenção do suicídio no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2017 a "Agenda de ações estratégicas para a vigilância e prevenção do suicídio e promoção da saúde no Brasil: 2017 a 2020", que "estabelece um rol de ações relacionadas à qualificação da vigilância e ao fortalecimento das ações de promoção da saúde, prevenção do suicídio e atenção às vítimas de tentativas e suicídio e seus familiares" (Brasil, 2017b, p. 7).

Essas ações estratégicas foram organizadas em três eixos: Vigilância e qualificação da informação; Prevenção do suicídio e promoção da saúde; e Gestão e cuidado (Brasil, 2017b, p. 13).

Sobre a "Vigilância e qualificação da informação", as ações devem incluir a qualificação da notificação de tentativa de suicídio, de forma a envolver e qualificar os profissionais de saúde na execução desta ação; a qualificação do diagnóstico e registro da causa de óbito, sensibilizando e qualificando médicos na atribuição correta da causa da morte, além da articulação entre as informações obtidas pela Secretaria de Segurança Pública por meio do Instituto Médico Legal; a qualificação das informações pela inserção e expansão de questionamentos acerca do comportamento suicida, para identificação precoce deste comportamento; e estimular a realização de pesquisas e disseminação de informações sobre a temática (Brasil, 2017b, p. 13-15).

O eixo "Prevenção do suicídio e promoção da saúde" abrange a articulação inter e intrasetorial, de forma a incentivar a integração entre o setor saúde, demais setores governamentais e sociedade civil, inclusive ações de capacitação para a sociedade, no que

tange à identificação de fatores de risco e de proteção relacionadas ao comportamento suicida; e melhoria nos processos de comunicação envolvendo profissionais da mídia numa comunicação responsável, manutenção da divulgação de informações a respeito da temática do suicídio para população em geral, profissionais de saúde e de mídia (Brasil, 2017b, p. 16-19).

O eixo “Gestão e cuidado”, que trata da pactuação de estratégias e fluxos de atenção à saúde local, com a implantação de ações de prevenção e cuidado a indivíduos com comportamento suicida nas Redes de Atenção à Saúde; e ações de educação permanente, que auxiliem na reorganização de políticas locais de atendimento e de instrumentos que auxiliem profissionais de saúde no atendimento relacionado à temática do suicídio (Brasil, 2017b, p. 16-21).

Contudo, os vagarosos passos nas ações de prevenção ao suicídio no Brasil culminam em uma realidade onde é observado um predomínio da escassez de instrumentos operacionais para lidar com todas as questões respectivas ao fenômeno do suicídio, a saber, a escassez de evidências científicas de melhores práticas relacionadas a este fenômeno e escassez de programas governamentais de qualificação para os profissionais da saúde na atuação e manejo dos casos de suicídio (Müller, Pereira e Zanon, 2017).

Em um panorama mais ampliado, mesmo na presença de percepção da importância da abordagem das questões relacionadas ao suicídio, e a consideração da gravidade do problema, não é verificada na prática profissional, a implementação de ações organizadas e executadas que abordem ações de prevenção ao comportamento suicida, fruto da falta de interesse e inabilidade perante a saúde mental e psiquiatria, falta de recursos, e falta de treinamentos e capacitações (Silva et al., 2017).

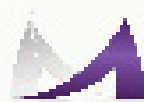
Há um vácuo abissal entre o que deve ser feito e o que está sendo produzido na área de comportamento suicida no país, pois não há política pública de saúde voltada ao tema, faltam recursos e investimentos, sobeja má vontade política, que poderia evitar perdas dessas vidas e sofrimento para os sobreviventes.

Estamos ainda na idade das cavernas quanto à temática, pois enquanto em vários países temos cursos de graduação e pós-graduação na área da suicidologia, por estas plagas ainda não sabemos do que se trata nem temos iniciativa pública ou privada de investimentos nessa formação.

As limitações deste estudo incluem o fato de a coleta de dados ter sido realizada por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, no qual as informações geradas provêm da notificação dos eventos por profissionais da saúde, sistema ainda frágil e em construção, e com problemas quanto à subnotificação e omissão de dados.

## Conclusão

O comportamento suicida é um grave problema mundial de saúde pública e tem crescido de modo apreensivo ao longo dos últimos 35 anos, causando sofrimento aos sobreviventes e à sociedade em geral. Trata-se de evento que pode ser evitável, desde que seja



detectado o mais possível precocemente, e receba intervenção adequada de imediato.

No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio era de 4,29 por 100.000 habitantes no ano de 1996, e passou para 5,55 por 100.000 habitantes no ano de 2016, situação que representa um aumento de 29,4% na ocorrência desse evento.

O comportamento suicida tem por base etiológica componentes multifatoriais que devem ser vistos e receber atenção, não se trata de único fator que o promove, e é processual.

O Brasil precisa de investimentos nessa área temática para que possamos ter políticas públicas adequadas voltadas à prevenção do suicídio e qualidade na prestação da assistência, para tal o investimento em formação e qualificação dos profissionais envolvidos nesse atendimento são imprescindíveis.

## Referências Bibliográficas

ABREU, Salvador Pérez; ÁLVAREZ, Jesús Cuéllar & LOZANO, Dunia Ferrer. Caracterización del intento suicida en adolescentes desde un centro comunitario de salud mental. *Revista Archico Medico Camagüey*. Camagüey. v. 22. n. 4, p. 465-473. 2018. Disponível em: <<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5611/3172>>. Acesso em: 13/10/2018.

BRASIL. Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 26 jan. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html)>. Acesso: 18/08/2018.

BRASIL. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 09 jun. 2014. Disponível em: <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U\\_PT-MS-GM-1271\\_060614.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/zip/U_PT-MS-GM-1271_060614.pdf)>. Acesso: 18/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico*. Brasília. v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso: 13/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agenda de Ações Estratégicas para a Vigilância e Prevenção do Suicídio e Promoção da Saúde no Brasil: 2017 a 2020*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. 34p. Disponível em: <[https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha\\_agenda-estrategica-publicada.pdf](https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/cartilha_agenda-estrategica-publicada.pdf)>. Acesso: 13/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso: 18/08/2018.

CEZAR, Pâmela Kurtz; ARPINI, Dorian Mônica e GOETZ, Everley Rosane. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*.



Brasília. v. 37, n. 2, p. 432-445. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200432&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200432&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso: 18/08/2018.

CONTE, Marta et al. Encontros ou Desencontros: histórias de idosos que tentaram suicídio e a Rede de Atenção Integral em Porto Alegre/RS, Brasil. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1741-1749, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601741&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601741&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso: 18/08/2018.

FRAGA, Wagner Santana de; MASSUQUETTI, Angélica e GODOY, Marcia Regina. Determinantes socioeconômicos do suicídio no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Anais Eletrônicos do XIX Encontro de Economia da Região Sul*. Florianópolis, ANPEC, 2016. Disponível em: <[https://www.anpec.org.br/sul/2016/submissao/files\\_l/i3-1e941ade6f1aa8ea2da3a6a517b515df.pdf](https://www.anpec.org.br/sul/2016/submissao/files_l/i3-1e941ade6f1aa8ea2da3a6a517b515df.pdf)>. Acesso: 18/08/2018.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro. v. 20, n. 6, p. 1879-1890. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>>. Acesso: 18/08/2018.

MARCOLAN, João Fernando. Pela política pública de atenção ao comportamento suicida. *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo. v. 71, suppl. 5, p. 2479-2483. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0256>. Acesso: 13/10/2018.

MARQUETTI, Fernanda Cristina; VILARUBIA, Geisy Vilarubia e MILEK, Glenda. Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo. v. 25, n. 1, p. 18-26. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p18-26>>. Acesso: 08/09/2018.

MATTOS, Julio Cesar de Oliveira; ZILLOTTO, Gisela Cardoso e MARCOLAN, João Fernando. O viver após internação por tentativa de suicídio. *Saúde Coletiva*. Barueri, v. 43, n. 8, p. 616-621, 2018.

MELO, Maria Aparecida de Souza et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo. v. 18, n. 71, p. 1-17, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.71.104>>. Acesso: 18/08/2018.

MENEGHEL, Stela Nazareth e MOURA, Rosylaine. Suicídio, cultura e trabalho em município de colonização alemã no sul do Brasil. *Interface*. Botucatu, v. 22, n. 67, out./dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0269>>. Acesso: 08/09/2018.

MÜLLER, Sonia de Alcântara; PEREIRA, Gerson e ZANON, Regina Basso. Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: Estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista de Psicologia da IMED*. Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 6-23, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>>. Acesso: 13/10/2018.

O'NEILL, Siobhan et al. Patterns of Suicidal Ideation and Behavior in Northern Ireland and Associations with Conflict Related Trauma. *Plos one*. San Francisco, US, v. 9, n. 3, s/p, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091532>>. Acesso: 13/10/2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001. 150p.





PARENTE, Adriana da Cunha Menezes et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. São Paulo, v. 60, n. 4, p. 377-381, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400003>>. Acesso: 08/09/2018.

PIRES, Maria Cláudia da Cruz et al. Indicadores de risco para tentativa de suicídio por envenenamento: um estudo caso-controle. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 193-199, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000078>>. Acesso: 13/10/2018.

RIBEIRO, José Francisco et al. Perfil sociodemográfico da mortalidade por suicídio. *Revista de enfermagem UFPE on line*. Recife, v. 12, n. 1, p. 44-50, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25087/25845>>. Acesso: 08/09/2018.

SAMPAIO, Paula Rodrigues et al. Intoxicações exógenas: a subnotificação de dados na cidade de Juiz de Fora MG. *Revista APS*. Juiz de Fora, v. 20, n. 2, p. 312, 2017. Disponível em: <<https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/3719/1105>>. Acesso: 18/08/2018.

SANTOS, Simone Agadir et al. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1057-1066, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>>. Acesso: 18/08/2018.

SILVA, Nayra Karoline Neco da et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. *SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77>>. Acesso: 13/10/2018.

STEIN, Dan J. et al. Traumatic events and suicidal behavior. In: NOCK, Matthew K.; BORGES, Guilherme & ONO, Yutaka (Orgs.). *Suicide: Global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys*. New York, US: Cambridge University Press. p. 131-147, 2012.

UGALDE, Adrián Calvo. Gesto suicida y resiliencia en un grupo de jóvenes gays y lesbianas de Costa Rica. *Revista Pensamiento Actual*. Costa Rica, v. 18, n. 30, p. 1-12, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pensamiento-actual/article/view/33804/33283>>. Acesso em: 13/10/2018.

WALDMAN, Eliseu Alves e MELLO JORGE, Maria Helena de. Vigilância para acidentes e violência: instrumento para estratégias de prevenção e controle. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 71-79, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000100006>>. Acesso: 18/08/2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014. 92p.

Enviado em: 20 de outubro de 2018.

Aprovado em: 14 de maio de 2019.

